

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año IX.

Madrid, 1 de Junio de 1919.

Núm. 11.

SUMARIO

Conferencia del Dr. de Sard en la Facultad de Medicina de Madrid con motivo del I Congreso Nacional de Medicina.—Hospital de Madrid-Carabanchel, por Florencio Herrero.—Variedades.—Prensa médico-farmacéutica: La profilaxis de la difteria. Prensa militar-profesional: Protozoarios y helmintos de las heces en los Ejércitos. Bibliografía: Refracción ocular, por D. Jerónimo Sal Lence.—Sección oficial.
SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 1 de Junio de 1919.

CONFERENCIA DEL DOCTOR DE SARD

EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

CON MOTIVO DEL I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

Señores: Cumpliendo mi deber de Cirujano francés, he dirigido, como voluntario durante veinte meses, un servicio de 90 camas en el Hospital militar del Lycée Buffon, bajo las órdenes de mi jefe, maestro y amigo el Profesor Gosset, y durante los treinta y cuatro restantes, el Hospital que España ofreció a Francia para contribuir al humanitario deber de socorrer los heridos de la guerra.

Al terminar esta tarea penosa; al cesar el triste desfile de espantosas heridas y horribles mutilaciones; al despertar de la pesadilla que ha sido para la Humanidad entera la conmoción violenta que, cual gigantesco terremoto, ha sembrado la tierra de cadáveres, nada podía serme más grato que el encontrarme bajo el sol de mi querida Patria, rodeado de compañeros pertenecientes a la gran familia médica española; no podía aspirar a premio alguno como el que me concedéis hoy, permitiéndome que os dirija la palabra.

En el corto tiempo de que dispongo, sería en mí pretensión absurda el proponerme tratar en detalle de la cirugía de guerra;

me limitaré a hacer una descripción esquemática de lo que ha sido esta cirugía desde el momento en que el herido cae hasta su curación.

En Francia, señores, ha habido unos seis millones de combatientes. Muchos de estos hombres heroicos han pasado hasta cuatro y seis veces de la trinchera al hospital y del hospital a la trinchera, lo que hace que haya habido millones de heridos.

La inmensidad de la contienda hace comprender la insuficiencia del servicio de Sanidad existente, y lo imprevisto de las primeras hecatombes explica la desorganización de dicho servicio al principiar la campaña.

Las primeras batallas de Charleroi y de la Marne causaron 300.000 heridos, lo que hizo que la situación de éstos fué desgraciada, pues en aquella época no sólo no existían Hospitales bien organizados para recibirlos, sino que no había, lo cual era mucho más grave, medio de transportarlos; los trenes destinados a llevarlos a París y más lejos, compuestos de vagones de carga, tenían que pararse a cada momento para dejar pasar los que conducían a la batalla los refuerzos en hombres y municiones que el Estado Mayor, en aquellos momentos de angustioso y titánico combate, necesitaba para la maniobra.

A mediados de Septiembre llegó al Hospital Buffon, todavía en vías de instalación, un convoy de 50 heridos que habían viajado durante ocho días para recorrer 40 y pico de kilómetros.

¡Qué cuadro aquél!

A pesar de trabajar día y noche, de amputar, de desbridar y de lavar heridas, vimos morir una gran parte de aquellos desgraciados en las convulsiones del tétanos, la podredumbre de la gangrena gaseosa y los gritos y la desesperación de la meningitis.

El esfuerzo inmenso realizado por Francia, este esfuerzo intenso, inteligente y rápido que sólo los latinos somos capaces de hacer, transformó a los pocos meses el funcionamiento del servicio de Sanidad, funcionamiento que la guerra de trincheras facilitó en gran manera.

Los factores que había que resolver eran: la creación de hospitales escalonados, es decir, en que pudiesen distribuirse los heridos por categorías; la organización de los mismos con equipos quirúrgicos competentes, y sobre todo los medios de transporte rápido que permitiesen el contacto del herido con el cirujano antes

que el estado de aquél redujera a éste a la impotencia o la inacción.

La organización definitiva fué la siguiente:

Puesto de socorro, cerca de la línea de fuego, generalmente bajo la tierra.

Allí, los Médicos de Regimiento y batallón hacían la primera cura, limitándose a cubrir las heridas, ligar miembros e inmovilizarlos.

Transporte e inmediato por camilleros o automóviles a la ambulancia avanzada, establecida en subterráneos a cinco o siete kilómetros de la línea de fuego.

En esta ambulancia, provista de material quirúrgico completo guardaban sólo una categoría de heridos: heridos muy graves intransportables.

Esta categoría comprende: los heridos schoks, heridos con grandes hemorragias, heridos del abdomen.

¿Qué es el schok y cuál debe ser la conducta del Cirujano?

El Profesor Richet ha estudiado en los puestos avanzados el estado de schok, y ha llegado a la conclusión que es debido a una mezcla de factores que son: la hemorragia, la infección y un fenómeno de intoxicación debido a la reabsorción de tejidos muertos al nivel de las múltiples y pequeñas roturas musculares.

El tratamiento consiste en el calentamiento por medio de lámparas; en el aumento de la tensión por medio de inyecciones de adrenalina, un cuarto de miligramo; aceite alcanforado a altas dosis; tónicos cardíacos.

Los heridos schoks hay que operarlos tres o cuatro horas después de su llegada sin esperar más tiempo.

El schok, en una palabra, constituye una contraindicación operatoria momentánea en la mayoría de los casos; y, por el contrario, según las últimas teorías, una indicación operatoria urgente cuando el papel tóxico predomina.

Heridos con grandes hemorragias.

Hay que practicarles la transfusión de sangre; 500 a 1.000 centímetros cúbicos.

Esta operación, que era seria, difícil y complicada, se ha transformado en una maniobra sencilla, gracias al método de Jean-

breau, Profesor de Montpellier, método basado en un descubrimiento americano sobre la anticoagulabilidad de la sangre en presencia del citrato de sosa (50 gramos de solución al 4 por 100).

Los enfermeros militares daban con facilidad su sangre, por ofrecérseles ocho días de licencia y la medalla de las epidemias.

Heridos del abdomen.

Hay que operarlos siempre; si la herida ha sido superficial, si sólo la pared ha sido lisiada, no se pierde nada con la intervención; si, por el contrario, los órganos abdominales han sido tocados, únicamente la intervención puede curarles.

En principio, puede decirse que las heridas situadas alrededor del ombligo interesan al intestino delgado; la operación en esta variedad suele dar resultados poco satisfactorios. Las heridas situadas en los flancos interesan generalmente el intestino grueso, y dan en ellas mejores resultados las intervenciones.

Las operaciones practicadas cuatro o seis horas después, por equipos quirúrgicos especializados, han llegado a dar un 50 ó 60 por 100 de curaciones.

Categoría de heridos.

Heridos transportables a los grandes hospitales situados a 25 ó 30 kilómetros del frente.

Estas formaciones sanitarias constaban de 1.000 a 50.000 camas.

Los heridos llegan a estos centros quirúrgicos en automóvil de seis a doce horas después de ser recogidos, y presentan:

Heridas de pulmón; heridas de cráneo; grandes traumatismos de miembros.

Una de las grandes adquisiciones en cirugía de guerra ha sido la del pulmón.

Este órgano puede exteriorizarse, abrirse y suturarse.

Es una operación admirable que debe practicarse en seguida; en cuanto la radioscopia ha demostrado la presencia de un cuerpo extraño de volumen regular o grande; de una colección pleural, y sobre todo en los casos en que existe una fractura de costilla, por-

que los fragmentos de hueso han penetrado casi seguramente en el pulmón.

Las intervenciones deben practicarse en seguida, porque el pulmón parece soportar fácilmente los cuerpos extraños durante tres días; pero luego aparecen los grandes fenómenos de infección, fenómenos pulmonares y reacción pleural.

El pulmón atraído al exterior presenta un aspecto de trufa negra en el sitio donde se encuentra el casco de metralla.

El pulmón se sutura como un epiplón.

Sutura completa *sin drenaje*.

La herida se cerrará por primera intención, y si se presenta la supuración, se podrá evacuar ésta algunos días después.

Los tórax abiertos por ancha brecha se abrirán mejor, se limpiarán bien y se cerrarán en cuanto se pueda.

La abstención será sólo posible en las heridas por bala que han atravesado el tórax o cuando los proyectiles intrapulmonares sean sumamente pequeños.

En contra de esta técnica adoptada por todos los grandes cirujanos hay que consignar el método descubierto por Pettit de l'Avileon, que consiste en extraer los proyectiles con una pinza, bajo la pantalla de los rayos X, a través de un pequeño ojal practicado en un espacio intercostal.

Es una maniobra casi de prestidigitación, que sólo su inventor y alguno de sus discípulos son capaces de ejecutar, y que no aconsejaría a nadie que no estuviese especializado.

Heridas de cráneo.

Intervenir siempre, operando al herido en posición sentada, con la novocaína regional.

Practicar un colgajo y ver el hueso; si existe una cisura, existe también una lesión de la tabla interna. Quitar las esquirlas.

Si el hueso y la duramadre están abiertos, lavar la herida con un chorro de agua caliente y hacer toser al herido, con lo cual echa al exterior todas las impurezas.

Si hay cuerpo extraño, sacarlo, si su extracción parece fácil.

Heridas de miembros.

Las amputaciones son cada día más raras; se pueden conservar miembros que parecen inconservables, y causa sorpresa ver

los fenómenos de reparación que se producen cuando no hay infección o cuando ésta puede ser contenida.

Las fracturas son curadas en servicios especiales, y algunas, las muy recientes, pueden transformarse, después de gran limpieza, esquirlectomías y contención, en fracturas cerradas.

La imbolización de los fragmentos en buena posición, se obtienen por una serie de aparatos, todos ellos basados en la extensión continua.

Mi amigo Gómez Ulla ha reunido una magnífica colección de los más modernos en la Exposición de este Congreso.

El tratamiento de fracturas abiertas ha hecho verdaderos progresos; los resultados obtenidos son inesperados; pero es todavía más sorprendente lo que se ha realizado en las heridas de órganos tan delicados como son las articulaciones.

Cuando se puede intervenir en estas heridas durante las doce o diez y ocho primeras horas, debe practicarse una gran incisión lateral o en herradura; ver bien las lesiones; quitar los cuerpos extraños, las partículas óseas destruidas; cerrar completamente la herida y movilizar al día siguiente, a no ser que las lesiones óseas sean muy extensas.

En mes y medio se suelen recuperar los heridos, que pueden volver al frente con la integridad de sus movimientos.

Heridas de partes blandas.

Las heridas de partes blandas son excindidas y extirpadas como un tumor, cuando no hay en ellas vasos o nervios importantes; en este último caso se excinden todos los tejidos contusos, se extraen todos los cuerpos extraños, se limpia, en una palabra, quirúrgicamente la herida.

En los casos favorables en que se ha podido excindir la totalidad de los tejidos, se sutura completamente, y en los otros casos, se colocan los hilos de sutura, sin atarlos, y se practican los exámenes bacteriológicos, directos o por cultura; cuando éstos son negativos y la marcha clínica indica también que no existe infección, se reúnen a los cinco o seis días, acercando los bordes de la piel al atar los hilos. Sutura primitiva y sutura retardada.

Este método ha permitido la recuperación de un 80 por 100 de combatientes al cabo de cinco a ocho semanas.

Estas tres categorías de heridos eran evacuados a los hospitales del interior, en vías de curación, y en éstos últimos se practicaban las operaciones de reparación.

La distribución que acabamos de describir era más teórica que práctica, porque en las épocas de grandes combates se dirigían al interior todos los pequeños heridos, los grandes heridos operados recientemente, y durante el avance y retirada alemanas de 1919, los buenos hospitales de París funcionaron durante siete meses como H. O. E., es decir, como hospitales de evacuación.

*
* *

El Hospital Español, Hôpital Bénévole 15 bis, ha recibido toda clase de heridos: heridos en vías de curación; heridos llegados doce o diez y ocho horas después del combate, sin otra cura que la del puesto de socorro; heridos con mutilaciones que reclamaban intervenciones reparadoras, y enfermos de afecciones que reclamaban un tratamiento quirúrgico.

Dada mi especialidad en tiempo ordinario, he recibido bastantes heridos de los órganos génito-urinaris, lo que hizo decir al conserje del hospital, un día en que llegaron varios de esta categoría: «¡Qué bien apuntan esos alemanes!»

Han ingresado, del 25 de Junio de 1916 al 31 de Marzo de 1919, 984 heridos, con un total de 1.232 heridas, sin contar las superficiales e insignificantes.

Han muerto 15 heridos, lo que da una mortalidad media de 1,52 por 100.

Se han practicado sobre los heridos 484 operaciones, de las cuales 423 bajo anestesia.

Se han practicado por afecciones quirúrgicas, cálculos vesicales, hipertrofia de próstata, hernias, hemorroides, fimosis, hidrocele, varicocele, apendicitis, 28 intervenciones, todas con resultado positivo.

Estos resultados han sido debidos a la perfecta instalación del hospital, que, por ser pequeño (60 camas), pude organizarlo y hacerlo funcionar como un hospital definitivo, casi como un sanatorio, al celo, inteligencia y abnegación de mis colaboradores, sobre todo, de mis Cirujanos ayudantes, Sres. Sáez Lizana y Ferrero Velasco, de la Facultad de Madrid.

Para que un hospital funcione debidamente y dé rendimiento eficaz, es preciso que cuente con el material necesario, es decir, completo y con un personal competente.

La terapéutica quirúrgica requiere una serie de actos de mayor o menor importancia, pero todos indispensables para su éxito. Estos actos corresponden a cargos distintos, con radio de acción perfectamente limitado. El personal forma el equipo quirúrgico, que, cual una orquesta, debe ser dirigido por un jefe único e indiscutible: el Cirujano. Un excelente operador, con un mal equipo, será un Cirujano peligroso.

La educación de las enfermeras es tarea fácil: basta que estén provistas de regular inteligencia y de muy buena voluntad; prueba de ello es que las enfermeras que han prestado mejores servicios durante la guerra, han sido las benévolas, voluntarias, que, completamente ignorantes del oficio, se han dejado dirigir por los jefes.

Permitidme que os lea un párrafo del capítulo que mi amigo Mollá consagra a la mujer francesa y la guerra.

«La mujer francesa, tan calumniada por los «Zoilos» y Aristarcos del falso pudor y de la hipocresía al uso, ha dado admirables ejemplos de civismo y de valor, de virtud y de heroísmo, abandonando voluntariamente su bienestar y consagrándose por entero a mitigar las penas de los enfermos.»

El Hospital Español, situado en el hermoso barrio de Neuilly, cerca del gran Hospital Americano, también autónomo, ocupaba los locales nuevos y parte de los antiguos del Asilo San Fernando.

Voy a hablaros de los procedimientos y métodos empleados en nuestro hospital, y empiezo por la anestesia.

La importancia y duración del acto operatorio, su topografía y el estado general del herido, deben determinar el agente anestésico y la forma de emplearlo.

Tres son los anestésicos empleados por nosotros: éter, cloruro de etilo, novocaína; sólo en tres casos nos hemos servido de cloroformo.

El mejor anestésico, el menos tóxico, es el éter, administrado con el aparato de Ombredanne, que permite dosar de modo preciso la mezcla de aire y de éter.

En las intervenciones, cuya duración probable debe ser corta,

y durante las cuales la interrupción momentánea del sueño anestésico, rápido en producirse como en desaparecer, no puede contrariar el acto operatorio, nos servimos del cloruro de etilo administrado con una compresa de modo intermitente e ininterrumpido. Los frascos más manejables son los de Keléne.

Cuando se trata de una intervención en una herida superficial que debe desbridarse, o de una incisión poco extensa de tejidos, nos servimos igualmente de cloruro de etilo aplicado directamente sobre la piel. La congelación producida por dicho agente hace que la piel sea completamente insensible, pero esta insensibilidad es casi instantánea.

La novocaína la usamos en solución al 1 por 100 o al 1 por 200, con 25 gotas de solución de adrenalina al 10 por 100 por cada 200 gramos de solución: localmente, cuando se trata de anestesiar los tejidos adiposo y muscular en superficie estrecha, y regionalmente, en los casos en que existe una contraindicación a la anestesia general, infiltrando entonces el campo operatorio o los nervios de la región en su emergencia.

Los antisépticos que hemos adoptado en las curas, son: éter⁴ agua oxigenada, gomenol, argirol, líquido de Dakin, y sol, cuando lo había, que en París es un medicamento escaso.

Se puede decir que la mayoría de heridos tratados presentaban a su llegada fenómenos más o menos serios de infección y, por lo tanto, hemos empleado mucho el método de Carrel que comprende, como sabéis, la limpieza quirúrgica minuciosa de la herida completamente desbridada y abierta, seguida de la irrigación continua con el Dakin.

He empleado para las fracturas de brazo, durante los primeros días, el aparato de Pascalis, simple triángulo metálico que se aplica con un vendaje al tórax y sobre el que reposa en situación elevada el brazo, y luego, hasta consolidación, el aparato de Leyva, que me cedió el Hospital Americano, nuestro vecino, llamado aeroplano, en el que se obtiene la tracción, la extensión y la inmovilidad.

Para las fracturas de fémur y pierna, he obtenido buenos resultados con el aparato de Finochietto, introducido en Francia por mi amigo Chutro, el gran cirujano argentino, que dirigió al mismo tiempo que yo un servicio en el Hospital Buffon, y que luego hizo funcionar por completo cuando Gosset, nuestro jefe, se marchó al

frente a dirigir un hospital en Chalons y yo a dirigir el Español.

Aparato para la extensión continua que permite la extensión simultánea del muslo y de la pierna, facilita las curas que se hacen sin suprimir aquélla. La tracción, sumamente enérgica (15 kilogramos), se ejerce sobre la cura superior del calcáneo transmitiendo toda su fuerza al esqueleto.

Se compone de una cinta, un conductor para la cinta y un estribo, todo de metal, acero niquelado.

Una de las extremidades del conductor, afilada en punta, está destinada a atravesar las partes blandas, siguiendo la cara superior del calcáneo, previa incisión de 2 cms., aproximadamente, en el bisturí.

Una vez retirado el conductor, la cinta queda en la posición que ha de conservar definitivamente, es decir, en el pequeño triángulo anatómico formado por la cara anterior del tendón de Aquiles, cara superior del calcáneo y cara posterior de la aponeurosis de la pierna que mantiene aplicados contra la tibia y el peroné, los tendones, vasos y nervios de la región.

Fijada esta cinta por los tornillos al estribo, se recubre de una cura aséptica, no colocando la cuerda con los pesos, 5 a 8 kilogramos, sino veinticuatro horas después. Los pies de la cama deben estar levantados 35 cms.

La extensión continua obtenida con este aparato es indolora y perfectamente tolerada.

La fractura de la fotografía adjunta, que reclamaba casi la amputación, gracias al método de Garel y al Finochietto, consolidó con un resultado perfecto. (Figuras 1, 2, 3 y 4.)

La extracción de proyectiles ha sido, durante la guerra, la operación más frecuente; la experiencia nos ha enseñado que debe practicarse siempre y lo más pronto posible.

En ninguna rama se han realizado más progresos que en la localización de los proyectiles. Para obtenerla, se emplean dos medios físicos, el imán y los rayos X. (Figs. 5 y 6.)

El electroimán de Bergonié constituye un método excelente e infalible; siempre que los proyectiles estén formados por un metal que obedezca a la atracción magnética, o que no estén muy profundos o incrustados en un hueso, es un método sencillo y eminentemente práctico.

Para completar la localización de un proyectil, cuya existen-

cia ha sido demostrada por la radiografía, con el conocimiento de su situación topográfica, se han inventado varios procedimientos de estereoscopia. El más perfeccionado es el de Nemirowski.

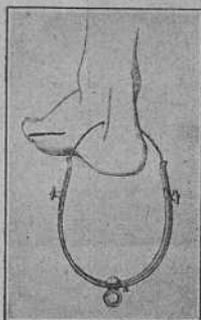


Fig. 1.—El aparato de Finochietto colocado.

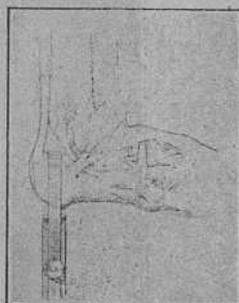


Fig. 2.—Situación en que debe quedar el aparato de Finochietto.

Para localizar de un modo preciso los proyectiles, se ha inventado una serie de compases destinados a indicar al cirujano el pun-

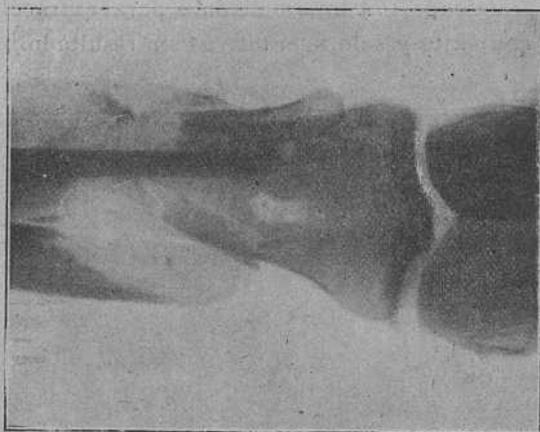


Fig. 3.—Fractura conminuta tratada por la extensión continua con el aparato de Finochietto.

to donde debe encontrarse aquél. Están basados en el método de la doble imagen obtenida radiográfica o radioscópicamente.

El que nosotros hemos empleado con buenos resultados, y que

se establece radioscópicamente con precisión, es el del ya citado autor Nemirowsky.



Fig. 4. — Resultado final.

Hemos practicado 174 intervenciones para extracción de proyectil, 168 con éxito y sólo 6 tentativas sin resultado.



Fig. 5. — Extracción de cuerpos metálicos por el electroimán de Bergonié.

La técnica que hemos adoptado, basada en una larga experiencia, ha sido la siguiente:

A su llegada, el herido es examinado radioscópicamente con la *bonnette* de Dessanne sobre la mesa de Ledoux Blebard, y la situación del proyectil, cuanto éste existe, así como sus dimensiones aproximadas, quedan consignadas en la observación clínica. Luego se somete al herido al aparato de Bergonié, y se nota si el proyectil vibra de modo claro y evidente.

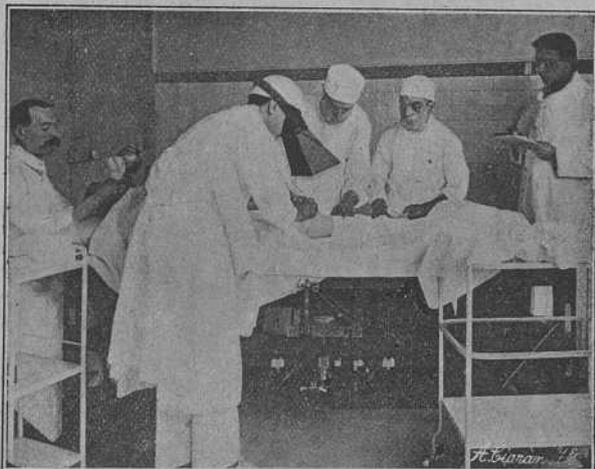


Fig. 6.—Localización de cuerpos extraños bajo pantalla fluoroscópica.

La extracción la llevamos a cabo siempre sobre la mesa de radioscopia. En los casos en que la extracción puede hacerse por el electroimán, se practica la incisión en los tejidos, en el sitio de la vibración máxima, y se prosigue la investigación por planos anatómicos, haciendo de nuevo uso del aparato cuando no se encuentra el proyectil; las vibraciones sucesivas, conducen al cirujano hasta él.

En los casos en que debe emplearse el examen radioscópico, un ayudante, revestido de la *bonnette* y conservando aséptico el guante de la mano izquierda que cubre con otro de tela esterilizado, indica el sitio donde se encuentra el proyectil con una larga pinza, después que el cirujano ha incidido los tejidos a una profundidad aproximada de la indicada por el primer examen.

Si el examen radioscópico demuestra que el proyectil puede encontrarse en una región peligrosa o a proximidad de órganos cuya lesión presenta gran gravedad, hacemos preceder la extracción de una localización exacta por el compás de Nemirowski, que permite elegir la vía de acceso más favorable y nos da la profundidad exacta en milímetros.

A mi modo de ver, la rama más interesante de la cirugía de guerra es la cirugía de reparación o reconstitución de órganos destruidos en parte por las lesiones consecutivas a las heridas de guerra.

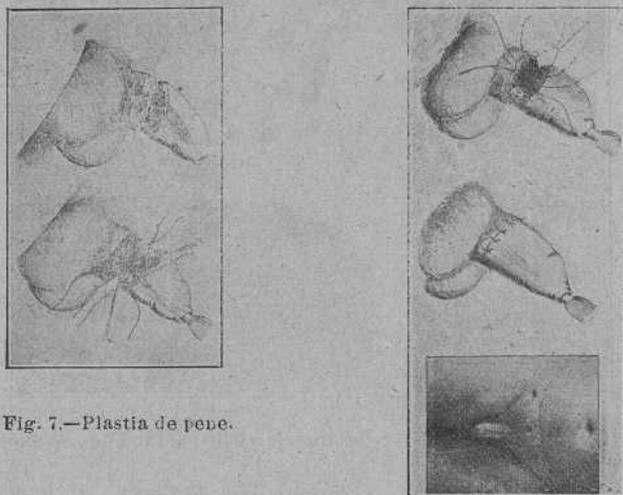


Fig. 7.—Plastia de pene.

Os hablaré sólo de las que he practicado sobre los órganos genitourinarios.

Esta cirugía metódica, meticulosa, comprende un período de preparación y un período de realización. El primer período comprende la desinfección y la cicatrización de las heridas.

Para facilitar la una y la otra, ante todo, hay que desviar la orina, y en todos los casos de lesión de la uretra practico inmediatamente, en cuanto llega el herido, la cistostomía, para obtener el drenaje hipogástrico, a menos que la infección de la región hipogástrica coincida con una evacuación completa de la vejiga por la brecha uretral.

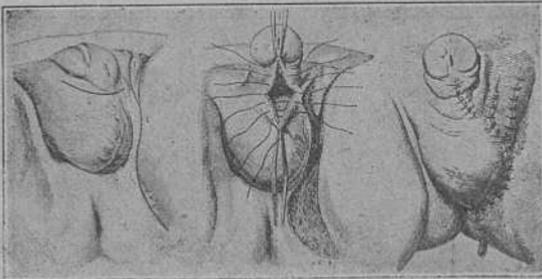
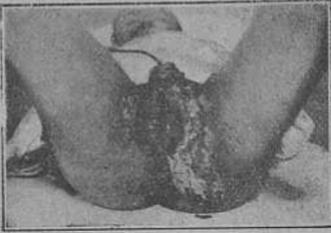
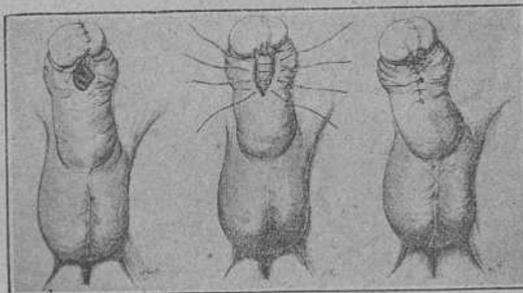
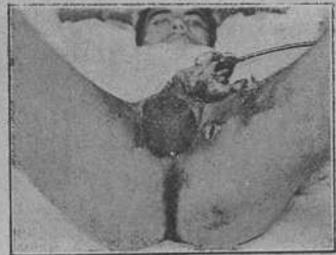


Fig. 8.- Plastia de pene.



[Fig. 9.—Plastia de pene.

El período de realización comprende una o varias operaciones cuando la cicatrización es ya completa, operaciones que consisten en la resección de cicatrices viciosas y reconstitución del órgano plásticamente.

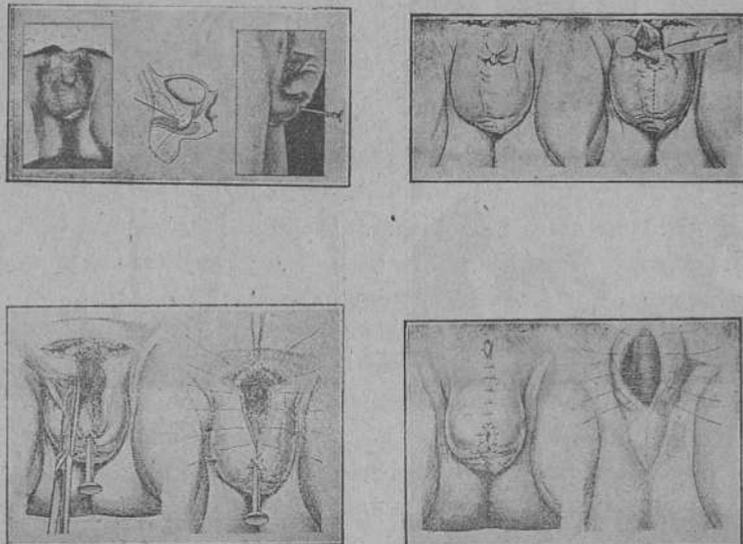


Fig. 10.—Plastia de pene.

No describiré la técnica de las uretrorrafias; me propongo hacerlo en el próximo Congreso de la Asociación de Urología.

Voy sólo a hacerlos desfilan una serie de fotografías referentes a algunos de mis casos de refección de pene. (Figuras 7, 8, 9 y 10.)

* * *

No quiero terminar sin hablaros de la ambrina, cuyo empleo ha transformado la curación de las quemaduras, y ha sido de gran utilidad en las extensas y superficiales pérdidas de substancia.

Este producto, parafina plástica, inventado por Barthe de Sandfort, se emplea líquido a 60 grados, constituyendo un método que debe llamarse «método céreo». (Figura 11.)

Bajo su influencia, los tejidos necrosados que constituyen la

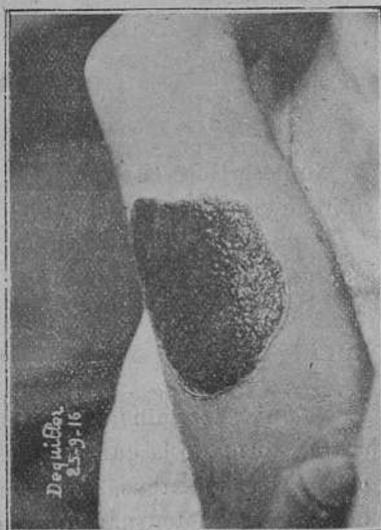


Fig. 11.—Efectos de la ambrina en las quemaduras.

escara, se eliminan gracias a un proceso purulento profundo o a una fermentación diastásica designada con el nombre de *proteolisis*. Esta es la primera fase del proceso biológico de reparación.

Una vez la herida limpia, el caparazón, protegiendo los mameones carnosos sin adherirse a ellos y sin destruirlos al arrancar la cura, hace que las células embrionarias evolucionen normalmente y se produzcan islotes de epidermis, que, extendiéndose, llegan a constituir la nueva epidermis y la cicatrización completa de la herida.

En la inmensa mayoría de los casos, el tejido de reparación se obtiene sin producción de elementos fibrosos y retráctiles y sin las horribles cicatrices viciosas.

Para que los casos clínicos interesantes puedan servir de enseñanza y la patología normal pueda sacar provecho de los tratamientos aplicados durante la guerra, es preciso conservar bien clasificadas las observaciones completas.

Gracias al método adoptado desde el principio y a la actividad de mis colaboradores, poseo la historia completa de todos mis heridos del Hospital Español.

Señores: Los progresos realizados durante este período de excepcional actividad deben atribuirse al perfeccionamiento de los principios fundamentales de nuestro arte:

Organización metódica, asepsia, técnica operatoria.

La cirugía de guerra ha proclamado y ratificado el triunfo de la cirugía.

HOSPITAL DE MADRID CARABANCHEL

Operaciones regladas que se han practicado desde el mes de Enero a final de Abril del corriente año, en enfermos de la sala de señores Oficiales y 1.^a y 2.^a de Cirugía.

Operaciones en los miembros, 11.

Osteotomía supracondilia de Macewen (en ambos fémures), 1.

Tarsectomía (por lesión tuberculosa), 1.

Resección ortopédica de articulaciones de los dedos de pie y mano, 4.

Tunelización de tibia (por osteomielitis), 4.

Fractura conminuta de tercio superior de tibia y peroné con extensa destrucción de tejidos blandos (limpieza del foco osteosíntesis y tratamiento por Canel), 1.

Operaciones en cráneo y cara y rinofaringe, 12.

Trepanación del seno frontal, 1.

Trepanación del seno maxilar, 2.

Amigdalatomías, 4.

Plastia (por deformación congénita de la boca), 1.

Quiistes sebáceos del cuero cabelludo, 4.

Operaciones en el tórax, 13.

Pleurotomía con resección costal (por pleuresías purulentas), 8.

Caries costal (resección de costillas), 4.

Resección de la extremidad interna de la clavícula, 1.

Operaciones en el abdomen, 44.

Hernias inguinales, 28.

Hernia umbilical, 1.

Gastroenterostomía (por úlcera pilórica), 1.

Gastroenterostomía (por cáncer pilórico), 1.

Eventración consecutiva a apendicectomía, 1.

Resección intestinal (por obstrucción), 1.

Hernia crural (estrangulada), 2.

Quiiste hidatídico en hígado (supurado), 1.

Apendicectomía, 3.

Operaciones en ano y recto, 15.

Hemorroides, 10.

Fisura de ano, 1.

Fístula de ano, 4.

Operaciones en aparato génito-urinario, 21.

Fimosis congénita, 7.

Hidrocele, 1.

Varicocele, 7.

Uretrotomía interna, 3.

Prostatectomía, 1.

Nefropexia, 1.

Absceso prostático, 1.

Operaciones en los nervios, 1.

Neurofibroma, 1.

Operaciones en los ganglios, 3.

Vaciamientos inguinales, 3.

Total, 120.

Solamente hubbo dos defunciones: la primera en un enfermo que padecía obstrucción intestinal de cinco días de fecha, y la segunda en un señor sacerdote que padecía un cáncer pilórico, encontrándose el enfermo en estado caquéctico.

Las anestias empleadas fueron:

Raquiánestias, 99.

Anestias locales, 21.

El número de señores Oficiales operados, 16.

Idem de tropa, 104.

FLORENCIO HERRER,

Capitán Médico.

V A R I E D A D E S

La Academia de nuestro Cuerpo ha verificado sus prácticas de fin de curso, durante los días 27 y 28 del pasado mes de Mayo, en el inmediato y pintoresco pueblo de Villaviciosa de Odón.

Como en años anteriores, el traslado a dicho punto se verificó por carretera, formando una Ambulancia mixta, cuyos servicios fueron desempeñados por los Médicos alumnos que actuaban de conductores y sirvientes. Al llegar al lugar elegido para las prácticas, fué estudiado el terreno para la instalación del Campamento, haciendo su análisis higiénico e invirtiendo la tarde del primer día en el levantamiento de tiendas para el alojamiento de Oficiales y tropa, instalación de la Ambulancia y Hospital de evacuación y análisis de las aguas para bebida y de los ranchos.

Al siguiente día se simuló el servicio sanitario de campaña, y realizaron los alumnos diferentes ejercicios que presenciaron el Excelentísimo Sr. D. Luis Riera, General Jefe de la Sección de Instrucción, Reclutamiento y Cuerpos diversos e Inspector de las Academias militares; el Excmo. Sr. D. Federico Urquidi, Inspector Jefe de la Sección de Sanidad Militar; el Teniente Coronel Médico, segundo Jefe de nuestra Brigada de tropas, D. Maximino Fernández; el Mayor de la misma, Comandante Médico, Sr. Fuentes, y varios Capitanes y Tenientes Médicos de dicha unidad, estando también presentes el Comandante de Infantería diplomado señor Josá, Ayudante de campo del Sr. General Riera, Comandante Médico Sr. Castillo, que lo es del Inspector Sr. Urquidi, y el Capitán de Infantería Sr. Riera.

El General Riera expresó en diferentes ocasiones al Sr. Coronel Director de la Academia, D. José Sánchez, su complacencia por cuanto veía ejecutar a nuestros futuros compañeros.

Después de realizados los ejercicios, dicho Sr. General, que, a pesar de la fractura del brazo que sufre por un accidente de automóvil, ocurrido al regresar de inspeccionar las maniobras de la Academia de Infantería, no quiso dejar de conocer el grado de instrucción de los alumnos Médicos; expresó en una sentida orden de la Inspección su cariño por nuestro Centro de enseñanza, haciendo saber la satisfacción con que había presenciado las prácticas de fin de curso, felicitando al profesorado y alumnos, con frases halagadoras para la Academia y para el Cuerpo de Sanidad Militar.

Todos los que presenciaron las prácticas, que fueron mandadas por el Comandante D. José Picó y Capitán Sr. Fernández Casas, felicitaron también al Sr. Director y a todo el profesorado.

Terminados los ejercicios, se sirvió el almuerzo en el casino del pueblo, dedicando, al final de él, un cariñoso recuerdo al Sr. General Riera, a S. M. el Rey, primer soldado de la Nación, al que se vitoreó, así como al Ejército, a España y al pueblo de Villaviciosa, cuyas autoridades estaban presentes.

El alumno Sr. Luengo, número uno de la promoción, dió las gracias a los Sres. Generales y a todos por sus felicitaciones, y el Sr. Coronel Director mostró el agradecimiento de la Academia por igual motivo, y a las autoridades y vecinos de Villaviciosa, por las atenciones de ellos recibidas.

En el número presente publicamos la notable conferencia pronunciada en el Congreso Médico por el Dr. De Sard, que, como verán nuestros lectores, a más de las enseñanzas que contiene respecto a la gran guerra europea, está escrita en correctísimo y sugestivo estilo.

Agradecemos al Dr. De Sard la distinción que hace a nuestra Revista con la remisión del expresado trabajo.

*
* *

El día 11 del pasado presentó en la Academia Médico-Quirúrgica de esta Corte el Capitán Médico D. Mariano Bastos, una interesante comunicación sobre las luxaciones recidivantes del hombro.

*
* *

En una de las últimas sesiones celebradas por la Sociedad Española de Higiene, fué aprobada por aclamación la propuesta del Capitán Médico D. César Juarros, sobre transporte por el personal y material de la Cruz Roja de los niños atacados de difteria, que hasta ahora venían utilizando los tranvías para acudir a los institutos de Seroterapia.

*
* *

Por Real decreto de 21 del pasado le ha sido concedida la Gran Cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo al Inspector Médico de segunda clase, en situación de primera reserva, D. Juan Ristol, a quien cordialmente felicitamos.

*
* *

La revista profesional *Sanitas*, que se publica en Salamanca, inserta en su editorial un interesante artículo del Capitán Médico D. José Lemus, titulado: *Breve resumen de la epidemia gripal de 1918*.

*
* *

El 19 del pasado falleció en Sevilla el ilustrado Catedrático de Medicina legal de aquella Facultad y ex-Médico militar, D. Antonio Lecha-Marzo.

Descanse en paz.

*
* *

Los Profesores del Consultorio Militar de María Cristina, bajo la presidencia del Coronel Médico Sr. Semprún, reunieron en fraternal banquete en la noche del día 20 del pasado, para conmemorar el segundo aniversario de la apertura de dicho Centro, que tantos beneficios reporta a la familia militar.

El Capitán general de Madrid envió una sentida carta de adhesión, y hablaron elocuentemente los Excmos. Sres. Inspectores Muro y Urquidi, y los Coroneles Semprún y Prieto.

*
**

El Profesor de aviación de la Escuela de Cuatro Vientos, Capitán Médico D. Antonio Pérez Núñez, realizó el reciente viaje aéreo de Madrid a Barcelona en el biplano Handley-Page.

*
**

Con motivo de haberse terminado las obras de reforma y decorado de la Sala de Juntas del Hospital militar de Barcelona, ha sido nombrada una Comisión de Jefes y Oficiales destinados en el mismo, con objeto de que estudie la manera de rendir un homenaje a los compañeros muertos en campaña, por medio de un cuadro, lápida o algo semejante, como se hizo hace años en el Hospital de Madrid-Carabanchel.

*
**

En el semanario *La Esfera*, de 24 del pasado, se publica un interesante artículo del Sr. Barrado Herrero, titulado «El avión radio-quirúrgico», de cuyo aparato es inventor M. Nemirowski.

La mencionada aeronave hizo su primer vuelo desde Villecoublay a Issy-les-Moulineaux, empleando una hora en dicho viaje, siendo portadora de un piloto, un cirujano, un ayudante y un radiólogo, y como material *ad hoc* el preciso para cualquier intervención quirúrgica, aun las delicadas, con el complemento necesario de material de esterilización.

Llevaba, además, el arsenal indispensable para montar un gabinete radiológico.

Todos estos artefactos fueron acondicionados en el departamento destinado al transporte de bombas.

El peso total del avión no excede de 700 kilogramos.

Se pretende establecer en los puntos estratégicos del territorio francés estaciones sanitarias dotadas de dicho avión, para atender las necesidades facultativas de urgencia.

ARSINUCLEOL

PODEROSO TÓNICO y RECONSTITUYENTE

COMPOSICIÓN

ELIXIR

Cada cucharada (15 gr.) contiene:
Metilarsinato sódico: 25 miligramos.
Fosfo-nucleinato sódico: 20 centigramos.
Aromatizado ANIS y VAINILLA

INYECTABLE

Cada c. c. contiene:
Metilarsinato sódico: 5 centigramos.
Fosfo-nucleinato sódico: 25 miligramos.
INYECCION INDOLORA

BACTERICIDINA

SOLUCIÓN ISOTÓNICA INYECTABLE

COMPOSICIÓN

Per. c. c. (ampollas de 10 c. c.)
Yodo 0.01
Magnesio 0.00168
Benzolito 0.00025

Se ha dosificada al uno por ciento de *todo labii*; es decir, en tal estado de equilibrio molecular inestable, que basta el contacto de la sangre con el líquido inyectado para que el todo se ponga en libertad y actúe con todo su poder bact.*

SOLUTO ANTIFÍMICO

A base de Cacodilato

☐ == Glicerofosfato y ☐

Cinamato Sódico ==

SOLUCIÓN ISOTÓNICA ESTERILIZADA

INYECTABLES

— EN —

GENERAL

PERFECTAMENTE VALORADOS

Y ESTERILIZADOS



COLIRIOS

ASÉPTICOS

VASELINAS

OTRAS ESPECIALIDADES

DEPOSITOS
AGENTES Y REPRESENTANTES

EN LAS PRINCIPALES CAPITALÉS DE

ESPAÑA Y AMÉRICA

POLIYODASAL

(COMBINACIÓN DE IODO ORGÁNICO, IONIZADO Y COLOIDAL)

GOTAS

Solución acuosa valorada al décimo, contenido cada veinte gotas de las formadas por el cuadro goteo que acompaña al frasco, sesenta y cinco miligramos de Iodo muy activo.

INYECTABLE

Solución acuosa valorada al 5 por 100, contenido cada dos centímetros cúbicos (una ampolla aproximadamente), 10 centigramos de Iodo activo.

Tónico y depurativo, para todos los casos en que se quieren obtener los maravillosos efectos curativos del Iodo, en estado muy activo y SIN TEMOR A LOS ACCIDENTES PROPIOS DEL IODISMO.

SUERO TÓNICO

INYECTABLE

COMPOSICIÓN

Agua de mar isotónica 5 c. c.
Glicerofosfato sódico 0,20 gramos.
Cacodilato sódico 0,05 "
Sulfato estriónico 0,001 "

Los componentes que integran esta preparación se encuentran asociados de tal modo, que aseguran su inalterabilidad. Los procedimientos especiales que empleamos para elaborar y esterilizar la solución, unida a la inmejorable calidad del vidrio en que la encerramos, evita la más leve reacción de los componentes y hace que se inyecte sin provocar molestia de ninguna clase.

YODÓGENO CUBAS



Generador de vapor de yodo inyectable. Poderoso, infalible e insustituible antiséptico, que reemplaza ventajosamente al yodo y yoduros, en sus múltiples indicaciones, por ser su acción más eficaz y no determinar trastornos de yodismo.



Declarado de petitorio oficial en los Hospitales provinciales, según acuerdo de la Excm. Diputación Provincial, en su sesión del 23 de Febrero de 1916, en vista del éxito obtenido en las clínicas de los doctores D. Francisco Huertas, D. Enrique Capdevila y D. Laureano Olivares, según informe oficial de los referidos doctores; con el V.º B.º del doctor D. Enrique Isla, Decano del Cuerpo.

Recomendado, con éxito eficaz, para combatir el artrismo la arterioesclerosis, tuberculosis quirúrgica, bien sea de localización cutánea (lupus), sinovial, ósea, articular, ganglionar, glandular; las neurosis de origen artrítico, bronquial, gástrico y cefalea crónica; las litiasis y nefritis crónicas, cirrosis hepática y lesiones cardíacas compensadas, lesiones cerebrales y medulares crónicas y, en general, en todas las enfermedades en que el tratamiento del yodo y sus sales están indicados.

Caja de ampollas, 5 pesetas. Aparato yodonizador, 3,50.

En provincias, 0,50 de aumento.

Pedidos de prospectos y muestras a

YODÓGENO CUBAS, S. A.

Huertas, 15 y 17. — Madrid.

PRENSA MÉDICO-FARMACÉUTICA

La profilaxis de la difteria.—El Dr. Louis Martin, después de amplias consideraciones acerca de los portadores de gérmenes en esta infección, manifiesta que para la investigación de dichos portadores se habían dado reglas precisas antes de la guerra, que pueden resumirse así: rebusca y aislamiento de los portadores.

Más para llegar al pleno efecto, estas medidas deben ser asociadas a otras de índole profiláctica.

El aislamiento del enfermo es lo principal, y no debe olvidarse que aquél se constituye en el portador más temible, encontrándosele como la causa más eficiente en la aparición de las epidemias de este género.

Cuando un caso de difteria se produce en una colectividad, el médico asistente debe, ante todo, hacer una investigación vigilante sobre los vecinos del paciente, aislarlos si presentan lesiones bucofaríngeas, y, si es necesario, inyectarles suero.

Esperar el resultado del laboratorio sin actuar, sería cometer una falta, y es preciso tomar las medidas señaladas tan pronto se ofrezca el primer caso.

La desinfección es tanto más necesaria e indispensable cuantos más sean los casos, sobre todo en las colectividades; pues alejando a los portadores no se impedirían nuevos contagios.

Finalmente, hay que echar mano de las inyecciones preventivas, sobre todo en las epidemias muy graves, en las que la enfermedad evoluciona muy rápidamente, sin descuidar los casos de difteria sobrevenidos en las salas de los hospitales entre los que padecen otras infecciones y entre los agotados o deprimidos en general.

El empleo razonado de todas las medidas profilácticas conocidas, conducirá seguramente a la extinción de todo foco epidémico. — (*Comptes Rendus des séances de la Société de Biologie*, Novembre 1918).
J. P.

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

Protozoarios y helmintos de las heces en los Ejércitos.—La débil extensión del parasitismo intestinal o sanguíneo autóctono en Francia, en el curso de la reciente guerra, fué muy notable. Excepción hecha de las amibas disentéricas existentes en los campos antes del

período de campaña, y favorecida ligeramente su propagación por la vida de trinchera, los otros parásitos procedentes del suelo o existentes en la sangre de los portadores de gérmenes por mediación de los ectoparásitos, no parecen haberse desarrollado. Esto no debe sorpren-

der, puesto que los diversos gérmenes que el Dr. Brumpt pasa revista sucesivamente, han sido frecuentemente introducidos en Francia, sin que hayan llegado a aclimatarse.

Hay que insistir solamente en la *Entameba disintérica*. La frecuencia relativa de las infecciones amibianas (portadores de quistes) en los Ejércitos, obedece a las mismas causas que determinan las amibiasis en los países cálidos: deyecciones depositadas con frecuencia fuera de los lugares reglamentarios; agua de bebida contaminada; moscas; pan roído por ratas coprófilas; modificación del estado intestinal

a causa del frío, del surmenaje o de las emociones. Pero, como después de la guerra, estas condiciones no existirán más que excepcionalmente en ciertos medios urbanos o rurales, no es de temer la formación de centros de infección. Es preciso, pues, atribuir la extinción o la débil contagiosidad de la disenteria amibiana en Francia, no al clima, sino a la higiene pública, que limita el peligro fecal y suministra aguas relativamente puras.—(*Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. Novembre, 1918.)—J. P.

BIBLIOGRAFIA

Refracción ocular, por D. Jerónimo Sal Lence, Capitán Médico y Oculista de la Beneficencia provincial de La Coruña. Con 98 figuras en el texto.—Precio, 7 pesetas.

El Dr. Sal, conocido ventajosamente en el Cuerpo y fuera de él por sus notables trabajos de oculística, algunos de los cuales han sido analizados en esta sección de nuestra Revista, viene, con el nuevo trabajo que encabeza estas líneas, a prestar un señalado servicio a la clase médica en general, y muy especialmente a los facultativos que tienen que reconocer reclutas en los Ayuntamientos, Comisiones mixtas y Hospitales militares, como derivación del peritaje a que obliga la nueva ley de Reclutamiento.

La considerable extensión y el perfeccionamiento alcanzado por esta especialidad, hacen relativamente fácil la tarea señalada en líneas anteriores a aquellos compañeros que emplean de lleno sus actividades a cultivar esta rama tan interesante de la profesión médica; pero al médico general, y sobre todo al militar, al que em-

bargan tan varias atenciones en el desempeño de su misión y tan estrechas responsabilidades en el cumplimiento de la misma, hay necesidad ineludible de darle pautas precisas para que pueda aplicar sus decisiones con la justicia y acierto deseables en el terreno, hasta cierto punto vedado, de las especialidades.

Los asuntos referentes a refracción ocular, de suyo difíciles y complicados, son mirados con cierta prevención por los no especializados; y nuestro compañero Sal, haciéndose cargo de ello, ha tenido el gran acierto de presentarlos en forma clara y sencilla, abordando las cuestiones que afectan al astigmatismo, la oftalmometría y esquiastropia con su reconocida competencia, sin descuidar el estudio de la agudeza visual y las simulaciones de ella dependientes.

Nuestra incompetencia acerca de estos asuntos nos impide entrar en detalles críticos de la obra del Sr. Sal y de su mérito intrínseco, si bien no lo estimamos necesario en esta ocasión, por preceder al desarrollo de la misma un juicio ponderado de los eminentes oculistas Sres. Márquez, García Mansilla y Castresana, que no puede ser más honroso y favorable para su autor.

Reciba por ello nuestro distinguido compañero la más cordial enhorabuena.—*J. P.*

SECCIÓN OFICIAL

25 Marzo.—Real orden (*D. O.* núm. 103) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos don Cándido Soriano Catalán, D. Adolfo Chamorro Lobo y don Enrique González Rico; Teniente Médico D. Eusebio Torrecilla Parodi y Médico provisional D. Arturo Valdés Gutiérrez.

» » » Real orden (*D. O.* núm. 105) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Comandante Médico don José Sueiras Olave; Capitanes Médicos D. Rafael Arenas Machuca y D. Antonio Peyri Rocamora; Teniente Médico

D. Carlos de la Calleja y Hacar, y Farmacéutico segundo
D. Ramón Guardiola Casas.

25 Marzo.—Real orden (*D. O.* núm. 106) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Coronel Médico D. Miguel de la Paz Gandolfo; Teniente coronel Médico D. Luis Fernández Jaro; Capitán Médico D. Tomás López Mata y Teniente Médico D. Ramiro Ciancas Rodríguez.

» » Real orden (*D. O.* núm. 108) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por los Capitanes Médicos don Manuel Lamata Desbertrand, D. Joaquín Cotanda Llavata, D. Manuel Pelayo Martín del Hierro, D. Enrique Ayuso Balbastro y D. Enrique Rocandio Martín; Teniente Médico D. Enrique Vilar Martínez y Médico provisional D. Salvador Campos España.

27 » Real orden (*D. O.* núm. 113) declarando indemnizable la comisión desempeñada por el Capitán Médico D. Julián Rodríguez Ballester.

5 Abril...—Real orden (*D. O.* núm. 114) declarando indemnizables las comisiones desempeñadas por el Comandante Médico don Francisco Uguet Lostao, y Capitanes Médicos D. Luis López Ortiz, D. Arcadio Grande del Riego y D. Emilio Franco Martín.

7 Mayo...—Real orden (*D. O.* núm. 103) nombrando Médicos auxiliares del Ejército al cabo y sanitario, respectivamente, de la Brigada de tropas del Cuerpo D. Pedro Costa Sagué y D. Manuel Santos Vidal, y al soldado del Regimiento Infantería de Wad-Rás D. Julio Mut y Gil.

» » Real orden (*D. O.* núm. 103) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a Maria Africa Romero Rodríguez al Capitán Médico D. Tomás Rallo Colandrea.

9 » Real orden (*D. O.* núm. 106) disponiendo que el Médico provisional D. Félix Begué Daza cause baja en el Cuerpo de Sanidad Militar como tal Médico provisional y alta en la Reserva facultativa gratuita del mismo con el empleo de Alférez Médico.

» » Real orden (*D. O.* núm. 106) autorizando al Comandante Médico D. Gabino Gil Sáinz para usar sobre el uniforme la medalla de oro de la Cruz Roja Española.

» » Real orden (*D. O.* núm. 106) disponiendo que la fórmula de

elaboración del agua destilada de flor de azahar del vigente Petitorio-formulario de Hospitales y Farmacias militares, se entienda modificado en la forma que se determina en esta Real orden.

- 7 Mayo.—Real orden (*D. O.* núm. 106) aprobando la concesión del reemplazo por enfermo, hecha por el Capitán general de la 5.^a Región, al Teniente coronel Médico D. Salvador Sansano Vives.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 106) disponiendo se celebre el correspondiente concurso para la provisión de una plaza de Comandante Médico, en comisión, Profesor de la asignatura Cirugía de guerra y Radiología, y otra de Capitán Médico, de plantilla. Ayudante de Profesor de la misma asignatura, vacantes ambas en la Academia de Sanidad Militar.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 106) disponiendo que el Capitán Médico D. Gabriel Alonso Pérez desempeñe el cargo de Observación ante la Comisión mixta de Alava.
- 12 » Real orden (*D. O.* núm. 106) disponiendo que el Comandante Médico D. Rogelio Vigil de Quiñones cese en el cargo de Ayudante de campo del Inspector Médico D. Galo Fernández España.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 106) nombrando Ayudante de campo del Inspector Médico D. Galo Fernández España al Comandante Médico D. Olegario de la Cruz Repila.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 107) concediendo al Capitán Médico D. Luis Cordón Aguilera la Medalla de Africa, sin pasador.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 107) concediendo al Farmacéutico primero D. Modesto Marquínez e Isasi la Medalla de Africa, sin pasador.
- 14 » Real orden (*D. O.* núm. 108) disponiendo cambien entre sí de destino los Comandantes Médicos D. Jesús de Bartolomé Relimpio, del grupo de Hospitales de Ceuta, y D. Manuel Díez Bádenas, del Hospital militar de Vitoria.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 108) concediendo licencia para contraer matrimonio con D.^a Amelia Plaza Cantero al Capitán Médico D. Vicente Tinaut del Castillo.
- 16 » Real orden (*D. O.* núm. 109) destinando al Ministerio de la Guerra al Coronel Médico D. Pedro Prieto de la Cal.

- 16 Mayo..—Real orden (*D. O.* núm. 110) concediendo la Cruz y Placa de la Orden de San Hermenegildo al Inspector Médico de primera clase D. Pedro Altayó Moratones.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 111) concediendo la Cruz de la Orden de San Hermenegildo al Teniente coronel Médico D. Ignacio Gato Montero, y a los Comandantes Médicos D. Daniel Ledó Rodríguez, D. José Ruiz Gómez y D. Matias Navarro Sancho.
- 19 » Real orden (*D. O.* núm. 111) autorizando al Comandante Médico D. Antonio Sánchez Reyes para usar sobre el uniforme la placa de honor y mérito de la Cruz Roja Española.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 111) concediendo al Inspector Médico D. Luis Martí Lis la Cruz y Placa de la Orden de San Hermenegildo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 111) concediendo al Subinspector Farmacéutico de segunda clase D. Vicente Munita Alvarez la Cruz y Placa de la Orden de San Hermenegildo.
- » » Real orden (*D. O.* núm. 111) disponiendo que se devuelvan al Farmacéutico segundo D. Pablo Ornos Soler las 500 pesetas que depositó para reducir el tiempo de servicio en filas.
- 21 » Real decreto (*D. O.* núm. 112) concediendo la Gran Cruz de la Orden de San Hermenegildo al Inspector Médico de primera clase D. Pedro Altayó Moretones.
- » » Real decreto (*D. O.* núm. 112) concediendo la Gran Cruz de la Orden de San Hermenegildo al Inspector Médico de segunda clase D. Juan Ristol Canellas.
- 26 » Real orden (*D. O.* núm. 117) disponiendo que para lo sucesivo, y a partir de la fecha de esta Real orden, se entienda que lo preceptuado en el párrafo segundo del art. 8.º de la de 28 de Abril de 1914 (*C. L.* núm. 74), alcanza tan sólo a aquellos Jefes y Oficiales destinados a las posesiones de Africa, Baleares y Canarias, en virtud de turno forzoso, y no a los que lo hayan sido a petición propia o por permuta, los cuales habrán de regresar a la Península, sin quedar exceptuados de nuevo destino a aquellos territorios, cuanpor turno les corresponda, sirviéndoles de abono el que anteriormente hubieran servido, si no fuese éste menor de tres meses, en relación con lo que determina el art. 9.º de la misma soberana resolución.

26 Mayo. — Real orden (D. O. núm. 116) organizando sobre la base de la Brigada de tropas de Sanidad Militar, las Comandancias de tropa de dicho Cuerpo, números 1.º, 4.º, 6.º y 8.º, correspondientes a las Regiones de igual número. Las plantillas de dichas Comandancias son: un Coronel para la 1.ª; tres Tenientes coroneles para la 1.ª, 4.ª y 6.ª; cuatro Comandantes para las cuatro Comandancias que se crean; seis Capitanes para la 1.ª, cuatro para la 4.ª, cinco para la 6.ª y tres para la 8.ª, y seis Tenientes para la 1.ª, cinco para la 4.ª, seis para la 6.ª y cuatro para la 8.ª

27 > Real orden (D. O. núm. 118) disponiendo que los Jefes y Oficiales farmacéuticos que se indican pasen a servir los destinos que se citan a continuación:

Subinspector farmacéutico de primera clase.—D. Luis Izquierdo y Rodríguez-Espiera, ascendido, del Laboratorio Central de Medicamentos, a la Farmacia militar de esta corte, núm. 1, como Jefe.

Subinspectores farmacéuticos de segunda clase.—D. Enrique Izquierdo Yebra, del Hospital militar de Madrid-Carabanchel, al Laboratorio Central de Medicamentos, de Jefe del detall (artículos 1.º y 7.º del Real decreto de 50 de Mayo de 1917); D. Saturnino Cambronero González, de disponible en la primera Región, y prestando servicio en el Laboratorio Central de Medicamentos, al Hospital de Madrid-Carabanchel (artículos 1.º y 7.º); D. Bernardino Herbás y Soldado, ascendido, del Hospital militar de Granada, a disponible en la primera Región y a prestar servicio en el Laboratorio Central de Medicamentos, como Jefe de labores (art. 3.º, apartado n), y D. Miguel Iborra y Gadea, ascendido, del Laboratorio Central de Medicamentos, al Hospital militar de Zaragoza (art. 9.º).

Farmacéuticos mayores: D. Pedro Escudero Rodríguez, del Laboratorio sucursal de Málaga, al Laboratorio Central de Medicamentos (art. 3.º, apartado n); D. Enrique Fernández de Rojas y Cedrún, ascendido, de la Junta facultativa de Sanidad Militar, al Laboratorio sucursal de Málaga (art. 9.º), y D. Félix Ruiz-Garrido y Saucedo, ascendido, del Hospital militar de Alicante, al de Granada (artículo 9.º).

Farmacéuticos primeros: D. José Navarro Espin, de la Farmacia militar de la Fábrica de Armas de Trubia, e la Junta facultativa de Sanidad Militar (art. 3.º, apartado b); D. Heliodoro Fernández Rojo, ascendido, de la Farmacia militar de esta corte, núm. 3, a la de la Fábrica de Armas de Trubia (art. 9.º), y D. Arturo Eyries Rupérez, ascendido, de la Farmacia militar de esta corte, núm. 3, al Hospital militar de Alicante (art. 9.º).

Farmacéutico segundo: D. Mariano Martínez Castilla, de la Farmacia militar de Burgos, a la de esta corte, número 3 (artículos 1.º y 7.º).

27 Mayo...—Real orden (*D. O.* núm. 118) disponiendo que los Farmacéuticos primeros D. Eliseo Gutiérrez García, del Hospital militar de Valladolid, y D. José Cabello Maiz, de la Farmacia Central de Ceuta, cambien entre sí de destino.

29 > Real orden (*D. O.* núm. 117) disponiendo que los Jefes y Oficiales Médicos que a continuación se indican pasen a servir los destinos o a las situaciones que se mencionan:

Coroneles: D. Francisco Soler y Garde, del Hospital militar de Burgos, al de Madrid-Carabanchel, como Director; D. Bernardo Riera Alemany, ascendido, del Hospital de Palma de Mallorca, al de Burgos, como Director, y D. Pedro Zapatero Vicente, ascendido, de Director del Hospital de Córdoba, al de Sevilla, con igual cargo.

Tenientes coroneles: D. Francisco Molinos Romeo, de asistencia al personal de Plana mayor de la Capitanía general de la quinta Región y Gobierno militar de Zaragoza, al Hospital de Palma de Mallorca (art. 2.º Real orden de 28 de Abril de 1914); D. Aurelio Salceda Salceda, de Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la octava Región, al Hospital de Córdoba, como Director (art. 1.º); D. Francisco Baixauli Perelló, disponible en la primera Región, a la asistencia del personal de Plana mayor de la Capitanía general de la quinta Región y Gobierno militar de Zaragoza (artículos 8.º y 9.º); D. Leopoldo Queipo Riesco, de disponible en la Comandancia general de Melilla, a Secretario de la Inspección de Sanidad Militar de la octava Región (artículos 8.º y 9.º), y D. Antonio Redondo Flores,

ascendido, de los Grupos de Hospitales de Melilla, a disponible en la Comandancia general de dicha plaza.

Comandantes: D. Jesús Bravo Ferrer y Fernández, ascendido, del Hospital de Sevilla, como Jefe del Laboratorio de Análisis, a los Grupos de Hospitales de Melilla (párrafo 2.º del art. 2.º de la Real orden de 28 de Abril de 1914, *C. L.* núm. 74); D. Carlos Gómez Moreno y Martínez, ascendido, de las Comandancias de Artillería e Ingenieros de Cádiz, al Manicomio de Pedro Mata (Reus) (artículos 8.º y 9.º); D. Rogelio Vigil de Quiñones y Alfaro, disponible en la segunda Región, por haber cesado en el cargo de Ayudante de campo del Inspector Médico de segunda don Galo Fernández España, al Hospital de Sevilla (art. 1.º), y D. Benjamín Tamayo Santos, de disponible en la sexta Región, por haber cesado en el cargo de Ayudante de campo del Inspector Médico de primera D. Fausto Domínguez Cortelles, al Hospital de Pamplona (artículos 8.º y 9.º).

Capitanes: D. José Serratosa Ballesteros, ascendido, del Regimiento de Telégrafos, al primer batallón del de Infantería de Ceuta, 60, en segundo turno forzoso; D. José Nover Almoguera, de la Comandancia de Artillería de Larache, al primer batallón del Regimiento Infantería de Alava, 56 (art. 1.º); D. Luis Saura del Pan, ascendido, de las tropas afectas al servicio de aeronáutica de Madrid, a los Grupos de fuerzas regulares indígenas de Larache, 4 (artículo 2.º Real orden de 28 de Abril de 1914) (*L. C.* número 74); D. Enrique Sánchez Bish, del Regimiento Infantería de Alava, 56, a las Comandancias de Artillería e Ingenieros de Cádiz (artículos 1.º y 7.º); D. Rafael Martínez Pérez, del Regimiento Infantería de Ceuta, 60, a la Comandancia de Artillería de Larache (art. 1.º Real orden de 10 de Agosto de 1917) (*C. L.* núm. 171); D. Luis Arrieta Olivar, de los Grupos de fuerza regulares indígenas de Larache, 4, al primer batallón del Regimiento Infantería de Africa, 68 (art. 1.º Real orden de 10 de Agosto de 1917) (*C. L.* núm. 171); D. Francisco Arozarena Reyes, ascendido, del Regimiento Infantería de Castilla, 16, al segundo batallón del mismo Regimiento en plaza de Teniente; don José Morales Díaz, ascendido, de la Comandancia general

de Larache para Consultorios, al Hospital de Madrid-Carabanchel en plaza de Teniente; D. Flaviano Eguren Fernández, ascendido, del Regimiento mixto de Artillería de Melilla, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Tarragona, 78, en plaza de Teniente; D. Julián Urgel Bueno, ascendido, de la Enfermería de Río Martín, al Batallón Cazadores de Llerena, 11 (art. 2.º Real orden de 28 de Abril de 1914), (C. L. núm. 74); D. Félix Martínez García, del Batallón Cazadores de Llerena, 11, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Reina, 2, en plaza de Teniente.

Tenientes: D. Policarpo Carrasco Martínez, del Hospital de Madrid-Carabanchel, a la enfermería de Río Martín (párrafo 2.º, art. 2.º de la Real orden de 28 de Abril de 1914, C. L. núm. 74), en segundo turno; D. José Pieltain Manso, del segundo batallón del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, a la Comandancia general de Larache para consultorios (art. 1.º de la Real orden de 10 de Agosto de 1917, C. L. núm. 171); D. Fernando Plaza Gómez, del Hospital de Madrid-Carabanchel, al segundo batallón del Regimiento Infantería de Ceriñola, 42, en segundo turno forzoso; D. José Buera Sánchez, de la Brigada de tropas del Cuerpo en Madrid, al Regimiento mixto de Artillería de Melilla (párrafo 2.º del art. 2.º de la Real orden de 28 de Abril de 1914, C. L. núm. 74), en segundo turno; D. Manuel Noriega Muñoz, del cuarto Regimiento de Zapadores-Minadores, a las tropas afectas al servicio de Aeronáutica de Madrid (art. 1.º); D. Miguel Sayalero y Martínez Delgado, del Hospital de urgencia de Madrid, a la Brigada de tropas del Cuerpo en Madrid (artículos 1.º y 7.º); D. Ricardo Garelly y de la Cámara, del segundo Regimiento de Ferrocarriles, al Hospital de Urgencia de Madrid (art. 1.º), y D. José Espina Rull, de la cuarta compañía de la Brigada de tropas del Cuerpo, al cuarto Regimiento de Zapadores-Minadores (artículos 1.º y 7.º).

